

医療提供体制における診療報酬と補助金の役割

著者	石田 道彦
雑誌名	週刊社会保障
巻	2634
号	2011
ページ	44-49
発行年	2011-06-27
URL	http://hdl.handle.net/2297/40112

論壇

医療提供体制における 診療報酬と補助金の役割

金沢大学教授 石田 道彦

はじめに

2010年11月16日に実施された行政刷新会議事業仕分けでは、「医師確保、救急・周産期対策の補助金等」について、診療報酬改定で対応可能な事業は廃止すべきとの意見が出され、予算要求の縮減（半額）との結論が出された。これに対して、日本周産期・新生児医学会などから反対意見が表明され、2011年1月21日には、中央社会保険医療協議会により、診療報酬と補助金は、それぞれ異なる特徴・役割を担い、その決定過程も異なるものであるとして補助金の廃止に反

対する旨の意見表明がなされた。

診療報酬の基本的な役割は医療サービス費用の補填であり、医療提供体制の確保のためには、補助金による一定の事業が必要であるとの指摘は妥当であると考ええる。もともと、医療保険の診療報酬については、医療サービス費用の補填だけでなく、政策的な観点から各種の保険点数の設定が行われていることは周知のとおりである。他方で、医療提供に関わる補助金の対象や内容も多様なものとなっており、両者の機能分担を明確に示すことは困難となっている。

医療の高度化や高齢化の進展に伴い、これに対応した医療提供体制の整備が求

められている。民間医療機関が医療提供の大半を担うわが国では、規制や計画のみでこうした課題を達成することは困難であり、その手段として診療報酬と補助金の役割が重視されてきた。小稿では、診療報酬と補助金の機能を確認し、今後の医療提供体制の整備における両者の役割について検討してみたい。

一、診療報酬の役割

保険医療機関に対して支払われる診療報酬は、保険診療に要した医療サービス費用の補填を目的としており、患者に提供された診療行為に着目して支払われ

る。もともと、個々の保険点数は診療行為の原価計算に基づいたものではなく、医療機関に支払われる報酬全体で人件費など必要なコストの補填が行われていると考えられている。また、その時々々の医療政策上の課題に対応するという観点から保険点数の設定がなされており、診療報酬の特色のひとつとしてとらえられてきた。

診療報酬点数表では、各診療報酬項目の算定要件として加算、減算の条件や施設基準などが設定されている。このため、診療報酬の改定時には、どのような診療行為が保険点数上、高く評価されるか、保険点数の算定に際してどのような条件が設けられているかが注目されることとなり、医療機関の診療や経営方針を方向づける要因として機能してきた。このように、民間医療機関を中心とした提供体制をとるわが国において、診療報酬は医療政策を遂行する重要な手段となっている。

最近の例として、2006年の診療報酬改定時に導入された在宅療養支援診療所をあげることができる。在宅医療を推進する観点から、24時間体制で在宅医療に対応可能な診療所について所定の施設基準が設定されており、診療所がこれら

の基準を満たして在宅療養支援診療所として届出を行うと退院時共同指導料、往診料など各種の診療報酬項目において加算が行われる。

診療報酬は、医療機関が先行的にすすめた医療提供モデルを診療報酬上評価することによって、その普及を促すという機能を有している。2006年の診療報酬改定で導入された地域連携診療計画管理料では、医療連携体制の促進の観点から、医療機関による地域連携クリティカルパスの作成が評価の対象となつていく。脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療に関して、医療機関が地域連携クリティカルパスとよばれる診療計画を作成し、これに基づいて医療を提供した場合に、計画管理病院と連携医療機関に対してそれぞれ所定の保険点数の算定が行われる(2010年の診療報酬改定では、がん、肝炎インターフェロン治療についても同様の算定がなされることとなった)。地域連携診療計画管理料の施設基準では、地域の医療機関が共同で検討会を開催し、統一的な診療方針を定めることが求められている。保険点数の算定を契機に地域連携クリティカルパスの導入を検討する医療機関も存在しており、医療連携体制の拡大に一定の効果を有している。

他方で、診療報酬上の評価や誘導には、いくつかの限界のあることが指摘されている。

第一に、診療報酬は全国一律の点数設定を原則としており、医療提供に関わるコストの地域差には十分対応できないことである(ただし、入院基本料の一部(地域加算)やDPCでは地域差を反映した点数設定が導入されている)。

第二に、診療報酬による誘導は、期待された効果をもたらない場合がある。これまでに、紹介外来加算、手術施設基準などは効果が明確でないとして廃止されている。一般に、医療機関に有利となる診療報酬項目(保険点数の加算など)には誘導効果が認められるのに対して、不利となる診療報酬項目については医療機関がさまざまな回避行動をとるため、誘導効果は減殺されとの指摘がある。また、保険点数の評価は、一部負担金を通じて被保険者の経済的負担として現れるため、誘導目的に反した被保険者の行動を招く場合がある。医療機関の機能分化を図るために、病院と診療所の初診料、再診料について点数差が設けられていたが、被保険者が経済的負担の少ない病院での受診を選択するために期待された効果がみられなかったとされる。

第三に、診療報酬の決定には手続き面からも一定の制約が設けられていることに留意する必要がある。診療報酬の改定時には、社会保障審議会が示した基本方針を踏まえて、中央社会保険医療協議会において支払側委員と診療側委員、公益を代表する委員が審議を行い、厚生労働大臣に対して答申が行われる。近年、診療報酬の改定にあたっては、実際のコストの反映が重視されるとともに、中医協では、診療報酬改定の検証作業がなされるようになってきている。このため、診療報酬は、診療側と支払側の意見を踏まえるとともに、実際の診療行為にある程度対応した保険点数の設定という一定の枠づけの中で決定されているといえる。

二、補助金の役割

診療報酬は、その性質上、診療行為に関連した活動を評価の対象とする。このため、医師確保対策や救急医療体制の整備、小児救急電話相談など診療行為とは結びつきの薄い各種の事業を実施するために独自の費用調達の仕事が必要となる。こうした費用をまかなうために、国や地方公共団体によって補助金による各種の費用助成が実施されている。医療提

供体制に関するおもな補助金、交付金として、医療提供体制推進事業費補助金(救急医療対策事業、地域医療対策事業など)、医療提供体制施設整備交付金(病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業など)、医療施設等設備整備費補助金(臨床研修病院支援システム設備整備事業など)、医療施設等施設整備費補助金(へき地診療所施設整備事業など)、医療施設運営費等補助金(へき地保健医療対策事業など)、地域医療再生臨時特例交付金(「地域医療再生計画」に基づく医師確保事業など)などがある(表を参照)。

これらの補助金の対象となる事業は多岐にわたるが、さしあたり次のように分類することができる。第一には、へき地医療や救急医療、産科医療など診療報酬では医療サービス費用の填補が不十分であると判断されるものである。第二は、病院群輪番制病院の運営や小児救急電話相談のように医療提供施設間での共同事業であり、必要な費用の捻出が困難と考えられるものである。第三に、医学教育や医療従事者の養成に関わる事業である。第四に、医師や医療従事者の確保にかかわる事業である。周産期医療や救急医療の危機的状況を改善するために、分

娩手当など医師に対する手当の支給も事業の一環として実施されるようになっていく。

国や地方公共団体による医療機関に対する補助金は、長らく公的病院に対する補助が中心となっており、公的医療機関を優遇した内容になっているとの批判がみられた。第5次医療法改正により、都道府県が定める医療計画に基づく事業計画を通じて民間の医療機関に対する補助が可能となった(医療法30条の9)。

国による補助金の交付、執行といった手続に関しては補助金適正化法による規律が存在する。補助金は特定の目的のために交付されるため、他の用途への使用や交付条件に反することはできない(補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(補助金適正化法)11条)。これらの条件に違反した場合には、補助金の返還が求められる(同18条)。なお、補助金の交付に関しては、予算補助で実施されるものも含めて、国が定める実施要綱に基づいて具体的な補助事業の対象や使途が限定されている。このため、補助金一般に関わる問題点として、申請に関わる事務手続きが地方公共団体にとって大きな負担となっていることや、要綱で内容が規定されているため、事業の企画

表 医療提供体制の整備に関わる補助金・交付金

(1) 医療提供体制推進事業費補助金（統合補助金）（救急医療対策事業、地域医療対策事業など9の事業分類。地域医療対策事業の場合、医療連携体制推進事業、医師派遣等推進事業など）
(2) 医療提供体制施設整備交付金（休日夜間急患センター施設整備事業、病院群輪番制病院及び共同利用型病院施設整備事業、救急ヘリポート施設整備事業、小児初期救急センター施設整備事業など38事業）
(3) 医療施設等設備整備費補助金（へき地診療所設備整備事業、臨床研修病院支援システム設備整備事業など15事業）
(4) 医療施設等施設整備費補助金（へき地診療所施設整備事業、過疎地域等特定診療所施設整備事業など10事業）
(5) 医療施設運営費等補助金（へき地保健医療対策事業など11事業）
(6) 地域医療再生臨時特例交付金（「地域医療再生計画」に基づく医師確保事業、救急医療の強化等の事業）

や実施段階において都道府県の自主性や創造性を損なう危険性のあることが指摘されてきた。

このような問題を改善するために、いわゆる三位一体改革の一環として2006年に医療関係施設整備費の一部が交付金化されるとともに（医療提供体制施設整備交付金、病院群輪番制病院に関する補助金や公立の救命救急センターに関する

補助金など）、一部の補助金については事務手続を簡素化した上で事後評価を行う統合補助金の仕組みが導入されている（医療提供体制推進事業費補助金）。

補助金などの公的資金助成は、財政民主主義原則、公共目的原則、有効性の原則などの基本原則に基づく必要があるとされている。近年、医療関係の補助金については有効性の原則（公益目的の達成

にとって有効であること）の側面がとくに問題とされているとみることができ、前述の補助金適正化法は、補助金交付の手續きを規律するものにすぎない。一方、医療法30条の9は、医療計画に基づいて都道府県が定める事業に対して国は補助を行うとしている。

したがって、補助金の有効性という局面では、医療計画や医療計画に基づく事業計画を通じた統制の可能性が課題となる。

第5次医療法改正以降、都道府県は、医療計画において4疾病5事業（がん、脳卒中や救急医療、へき地医療など）の医療提供体制についてそれぞれ数値目標を設定し、5年ごとにこれらの目標や計画事項について調査、分析を行い、医療計画の見直しを行うこととなっている。

筆者の知り得た範囲では、補助金に関わる事業計画の提出時には、医療計画との関係（医療計画における各事業計画の位置づけ）が記載されているのに対し、事業計画の事後的評価がなされる段階では、医療計画が掲げた数値目標との関わりは示されていない。事業計画の事後的評価においても、医療計画が定めた数値目標との関連性を示すことが求められると考える。

三、医療制度の変化と診療報酬・補助金の課題

補助金と診療報酬は、それぞれ独自の役割、機能を有しており、その特質を生かした機能分担が期待されることになり、国は裁量的にその内容を決定することが可能である。このため、医療政策上

のさまざまな課題に対して柔軟な対応が可能となるが、その半面、事業の継続性や安定性の面で問題が残る。また、補助金の交付対象は、おもに都道府県となるが、要綱等で補助率が規定されるため、都道府県が自らの負担分をまかなえない

場合には利用できないなどの問題も指摘されている。これに対して、診療報酬は、地域特性を反映しにくいなどの問題を有しているものの、対象となる医療機関が広範に及ぶため、多数の医療機関にインセンティブを付与することが可能な仕組みと位置付けることができる。

もつとも、このような機能分担は、医療保険の診療報酬が全国一律に設定されるときともに、国が補助金の大半を交付するという条件の下で考えられるものである。これらの条件に変化が生じた場合には機能分担のあり方にも再検討が求められることになる。そこで、近年の医療制度の変化の下での診療報酬、補助金の課題を検討してみたい。

第一は、近年の医療制度改革による都道府県の役割の拡大である。2006年の医療制度改革では、後期高齢者医療広域連合や全国健康保険協会の設立など都道府県単位での保険制度の運営を志向する仕組みが導入されることとなった。こ

れとともに、都道府県が作成する医療計画についても見直しがなされており、保険財政と供給体制について都道府県単位で一体的な対応をとることにより、効率的な医療提供体制の確立が図られている。

2008年より実施されている医療費適正化計画に基づく病床転換助成事業は、医療機関が、療養病床を介護保険施設等に転換する場合に病床転換助成事業交付金を交付するものである。交付金の一定分(12/27)には医療保険の保険者が拠出した病床転換支援金が用いられており、医療保険財源を活用し医療提供体制の整備を図る制度となっている。

都道府県単位での保険者の統合や財政運営がさらに進展した場合には、保険財政と医療提供体制との一体性が高まり、右のように保険財源の一部を用いて医療提供体制の改革を実施する可能性が高まることになる。その際には、このような手法のあり方や範囲についての検討が求められることになるであろう。

第二に、医療提供体制における医療機能の集約化の要請である。疾病構造の変化や医療の高度化に対応し良質な医療を提供するとともに、医師や医療機関の偏在といった問題に対処するために、一定

の医療機能を集約し、医療機関の連携体制を整備するといった対応が必要となっている。しかしながら、補助金の役割は、これまでのところ、既存の医療提供体制の維持、確保を中心としたものになっており、医療機能の集約化や医療機関の機能分化の推進という課題はあまり重視されてこなかったように思われる。

この点で緊急総合経済対策の一環として2009年より5年間の期限で実施されている地域医療再生計画は、医療機能再編に関わる公的資金助成の仕組みとして注目されるものとなっている。

地域医療再生計画では、国が100%の補助を行う交付金をもとに都道府県が基金を造成するという方式がとられている。この方式では、都道府県は地域の実情に応じて事業内容を自主的に決定できるとともに、複数年度にわたって基金の使用が可能となっている。当初の医療再生計画では、都道府県内の2か所の二次医療圏について地域医療再生計画を作成し、医療提供体制の整備が図られた。具体的には、救急・周産期医療の確保、公立病院の再編による医療機能の集約化、医師の確保対策などが主な内容となっている。都道府県が作成した医療再生計画案については有識者会議による審査が行

われており、計画の達成状況も今後、事後評価が行われることになっている。

政権交代後の2010年度の補正予算においても、地域医療再生計画に対する交付金は拡充されることとなり、2010年度は、三次医療圏を対象に交付金(基準額15億円)の交付がなされた。三次救急医療体制の整備など計画内容に応じて交付金の加算が行われる(上限は120億円)。こうした地域医療再生計画に基づいて公立病院等の再編を予定する地域も存在しており、今後の医療提供体制の整備における補助金のあり方を考えるモデルとして検討すべき制度であると考え^(注)る。

おわりに

小稿では、医療提供体制の整備における診療報酬と補助金の役割を確認した。

いしだ・みちひこ 金沢大学人間社会学域法学類教授。九州大学大学院法学研究科博士後期課程単位取得退学。主な著書に、『社会法の基本理念と法政策』(共著、法律文化社、2011年刊行予定)、『医療提供体制に関わる法制度の変化と課題―医療計画を中心に―』(『社会保険法』第26号(法律文化社、2011年)等がある。42歳。

わが国では、国民皆保険制度の下で、すべての医療機関に統一的な診療報酬体系が適用されるとともに、政策誘導的な機能をもつ保険点数が存在したため、診療報酬と補助金の役割が近接してとらえられることとなった。

近年、一部の診療報酬項目では、医療連携体制の構築を促進する観点から、保険医療機関の医療計画への記載が算定条件のひとつとされるようになってきている。また、補助金の事業計画を作成する上でも医療計画の重要性が高まっている。このような医療計画の役割を踏まえながら、今後の医療提供体制における診療報酬、補助金のあり方についてさらに検討していきたいと考えている。

(注)

- (1) 島崎(2011) 390頁以下参照。
- (2) 池上(2010) 103頁以下参照。
- (3) 医療提供体制施設整備交付金は従来の補助金が交付金化されたものである。これらを含めて、本稿では国の補助金を中心に検討することとし、医療機関に対する公的融資は除外する。また、公立病院に関しては救急医療や不採算地区の病院の経費として地方公共団体の一般会計から繰り入れが行われているが、本稿の検討からは除外する。

- (4) 碓井(2007) 79頁以下では、公的資金助成の基本原則として、財政民主主義原則、公共目的(公益性)の原則、有効性の原則、比例原則、平等・公平原則、偶発債務抑制原則、公正決定原則が示されている。
- (5) 尾形(2004) 16頁では、このような方向性が示されている。

- (6) 島崎(2011) 377頁では、医療機関の統合、集約化、機能転換に要する経費等の財源として「医療・介護・住宅整備ファンド」(仮称)の創設が提案されている。

参考文献

- ・池上直巳『医療問題(第4版)』(日本経済新聞社、2010年)
- ・池上直巳「機能分化のための新支払方式試案―診療報酬と補助金の再構築をめざして(上)―」(『社会保険旬報』1800号6頁、1801号10頁(1993年))
- ・伊関友伸「自治体病院再編の方向―地方行政および財政面の問題を含めて」(『社会保険旬報』2457号22頁(2011年))
- ・碓井光明『公的資金助成法精義』(信山社、2007年)
- ・尾形裕也『医療保険制度改革試論(上)(下)』(『社会保険旬報』2206号6頁、2207号12頁(2004年))
- ・島崎謙治『日本の医療―制度と政策』(東京大学出版会、2011年)